



Memoria Académica

compartimos lo que sabemos
UNLP-FaHCE

Documento disponible para su consulta y descarga en **Memoria Académica**, repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)** de la **Universidad Nacional de La Plata**. Gestionado por **Bibhuma**, biblioteca de la FaHCE.

Para más información consulte los sitios:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>

<http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5



Título: Crítica de las ideologías en las prácticas de intervención social

Autora: Rodríguez, María del Pilar

Dependencia institucional: UNCu – CONICET

Correo electrónico: rodriguezpili@yahoo.com.ar

prodriguez@mendoza-conicet.gob.ar

Introducción

Tres trabajadoras sociales, contratadas para realizar una residencia en salud mental en un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Mendoza presentan un caso atendido, el de Ana, una mujer viuda de 60 años de edad con diagnóstico de demencia fronto-temporal o Enfermedad de Pick. Las profesionales detallan el caso, describen a la paciente, su historia familiar, su situación socioeconómica, el proceso de internación, la demanda de buscar alternativas para externarla que la institución les realiza, concluyen su presentación expresando:

“El tiempo: mientras se resuelven las estrategias, mientras acuerdan o desacuerdan las instituciones, mientras nos decidimos qué hacer, el paciente, pacientemente, espera. Y si se le ocurre “impacientarse”, la semiología dice: querulante, impulsivo, etc. ‘¿Cuándo me voy a ir...?’ (¿de las profesionales o de las pacientes?).” (2011: 8)

Tiempo, acuerdos y desacuerdos institucionales, pacientes internados, pacientes pacientes, pacientes impacientes, pacientes convertidos en pacientes... en el enunciado de las profesionales hay un malestar profesional respecto a qué hacer con la paciente, qué hacer con los límites institucionales, con la falta de albergues adecuados para Ana. Pero hay también un malestar respecto al ejercicio de la profesión TS (TS) al interior de un hospital neuropsiquiátrico. Durante la presentación del caso aparecen interrogantes tales como: ¿cuál es el aporte de nuestra disciplina?, ¿cómo trabajar en el hospital sin quedar ‘internadas’ en él?, ¿bajo qué condiciones es posible realizar un TS crítico?

Todas las preguntas enunciadas son expresión de dos preocupaciones que, a nuestro entender, estructuran el campo discursivo de la disciplina TS, que es una disciplina de las ciencias sociales con carácter interventivo. Estas preocupaciones aparecen más o menos imbricadas según la posición ideológica de los profesionales: la primera gira en torno a la intervención concreta (inquietudes de orden teórico-metodológico-instrumental) y la segunda

refiere al lugar ocupado por la profesión en la estructura social (inquietudes de orden ético-políticas).

Aun cuando estas preocupaciones acompañan de diversas maneras a nuestra profesión desde hace 50 años, en los últimos 5 años ha comenzado a reconocerse cierto ‘desbalanceo’ en la discursividad hegemónica del TS argentino y latinoamericano actual, dada la alternancia entre análisis con énfasis en lo estructural y análisis con énfasis en los problemas específicos del campo (Aquín, 2006). Los primeros concentran su esfuerzo en el conocimiento de la totalidad social y el lugar del trabajador social en ella y dejan el análisis del aspecto operativo-instrumental y de la intervención para ser realizado por cada profesional, sin avanzar en dar pistas para tal tarea. Los segundos se concentran en problemáticas sociales puntuales y propuestas para intervenir en ellas (niñez, adultos mayores, discapacidad, identidades disidentes, etc.), en las que la estructura social no pasa de ser un contexto cuyas articulaciones con las problemáticas enunciadas no son claramente explicitadas.

Este desbalanceo no es un problema exclusivamente académico, se vincula a expresiones recurrentes de malestar en los profesionales de esa disciplina, tanto en relación con la mayor o menor autonomía de que disponen respecto de los dispositivos institucionales en que ejercen la profesión, como en relación con la disponibilidad de herramientas técnico-operativas con las cuales intervenir. Malestar que se corporiza a veces en sensaciones de frustración, angustia e impotencia y a veces en formas extenuantes de compromiso con la tarea.

En este trabajo proponemos, en consonancia con Saül Karsz (2007), cierta crítica de las ideologías como herramienta conceptual para analizar las prácticas de actuación profesional, herramienta que permite tender puentes entre los análisis que enfatizan lo estructural y aquellos que se ocupan de manera más específica de los problemas del campo, lo que a nuestro entender redundaría en cierto alivio de los profesionales y en el logro de prácticas más advertidas de sus efectos. Mostramos de modo sintético el tipo de análisis de las prácticas profesionales que realizamos, a través de ejemplos empíricos provenientes de dos proyectos de investigación desarrollados en el marco de la Universidad Nacional de Cuyo y de CONICET respectivamente¹.

¹ Recuperamos el análisis de una situación de intervención social realizado por el Dr. Karsz en una clínica transdisciplinaria, sostenida vía skype, en el marco de una investigación sobre corrientes actuales del TS en el cono sur, dirigida por el Lic. Nicolás Lobos en la FCPyS de la UNCuyo. Esta investigación fue financiada con fondos de la SECTyP, durante el periodo 2009-2011, Código 06/F261. Se trata de material empírico inédito. Al mismo tiempo nuestro trabajo se vincula con la investigación que desarrollamos sobre configuraciones ideológicas en el primer nivel de atención de la salud en Mendoza, con fondos de CONICET y bajo la dirección de la Dra. Adriana Arpini y de la Dra. Patricia Collado.

1- Clínica transdisciplinaria de la intervención social.

¿‘La paciente’, ‘Ana’ o ‘Ana también paciente’?

Saül Karsz es filósofo y sociólogo, de nacionalidad argentina, radicado en Francia desde fines de la década de 1960. Se desempeñó como docente en la Universidad de París V-Sorbonne. Dedicó gran parte de su actividad docente y de investigación a pensar las prácticas de intervención social y generar espacios de reflexión para docentes, profesionales de la salud, abogados y, especialmente, trabajadores sociales.

Karsz sostiene que TS es una práctica sin teoría, aun cuando su formación de grado es rica en sociologías, filosofías y psicologías y aunque la profesión presenta importantes avances en la producción bibliográfica. Déficit de *teoría de la práctica*, esto es, de una visión de conjunto, una visión unificadora y argumentada acerca de lo que los profesionales *realmente* hacen en su intervención. No ya de qué deberían hacer, de qué estrategias seguir, de cuál teoría da mejor cuenta de tal problemática o de cuáles estrategias son más o menos innovadoras, sino de lo que hacen cotidianamente y de sus efectos sobre sí mismos, sobre los sujetos e instituciones con los que trabajan.

Esa teoría de la práctica puede producirse de diversos modos, Karsz sugiere como dispositivo privilegiado para producir tal conocimiento, la *clínica transdisciplinaria de la intervención social*. Este dispositivo, además de permitir la producción de conocimiento, tiene efectos en la forma de intervenir y en quienes lo hacen, pues facilita la reflexión sobre la práctica desarrollada, la identificación de sus elementos constitutivos, de los compromisos consciente e inconscientemente asumidos en ella. La clínica transdisciplinaria se materializa en encuentros entre el clínico y los equipos profesionales, en tales encuentros se analizan situaciones del ejercicio profesional concreto en un triple movimiento en que se considera lo concreto (relatos, dudas, ampliación de detalles), se investigan otros modos posibles de definir la situación (cuestionando los discursos presentes) y se arriba a una rectificación, siempre e inevitablemente parcial, del punto de partida².

El trabajo clínico es tal no por su impronta psicológica sino por el privilegio del ‘uno a uno’ y del estudio de ‘lo concreto’. En la propuesta de Karsz la mayor potencia para la producción de conocimiento sobre las prácticas de intervención social se encuentra en analizar cada caso, a la luz del siguiente eje teórico: “ideología e inconsciente hacen nudo”. Ideología e inconsciente, objetos en sí transdisciplinarios, definen que la clínica requiera para

² Lo más habitual es trabajar a partir de una presentación escrita realizada por algún profesional. El escrito lo realiza de la manera que desee, no hay un formato preestablecido. También se puede realizar clínicas tomando como objeto de análisis una historia clínica, un informe social, una ley, un programa, etc. Porque la clave no es lo que se analiza sino la mirada desde la cual se realiza.

su realización de insumos psicoanalíticos, pero también filosóficos, económicos, políticos y sociológicos. El centro de la tarea clínica es develar la lógica ideológica e inconsciente puestas en juego en la intervención que se analiza.

Intentaremos mostrar parte de la potencia que tiene la propuesta karziana tanto para la producción de conocimiento cuanto para el trabajo con intervinientes en instituciones públicas y privadas relacionadas a las políticas sociales. Optamos por una exposición en la que, a través de los resultados de una clínica, presentamos algunos de los postulados teóricos del autor.

Se presenta el trabajo clínico realizado en abril de 2011 sobre un caso en el que intervinieron tres trabajadoras sociales, residentes en un hospital neuropsiquiátrico de Mendoza. Para la exposición que queremos realizar privilegiamos una selección de material con la cual buscamos mostrar el trabajo clínico realizado. Esta selección corre el riesgo de dar por momentos una imagen fragmentada del caso, pues no logramos incorporar toda la información disponible en los límites del presente trabajo. Insistimos, más que enfatizar la comprensión del caso particular, nos interesa mostrar el tipo de análisis de una práctica de intervención social.

Algunos datos generales del caso presentado por las trabajadoras sociales. Ana tiene 60 años, es viuda y tiene tres hijos. Es maestra, pero no ha ejercido en los últimos años. Al momento de la presentación lleva 6 meses internada en el hospital. Ana tiene una situación habitacional inestable (los dos meses anteriores a la internación vivió en una casa alquilada por su hija mayor), cubre parte de sus necesidades básicas en instituciones de la política social (centros de Adultos la Municipalidad de Capital, centros de salud, hospitales públicos). Según refieren las profesionales, Ana tiene tres hijos, la mayor la ha cuidado en el tiempo previo a la internación, la hija del medio no mantiene contacto con su madre desde hace varios años y del hijo menor se refiere que tiene una patología psiquiátrica que le impide asumir el cuidado de Ana.

Respecto a la historia vital, las profesionales explican:

“Ha sido difícil conocer la historia de la paciente, por varios motivos. Por un lado por el estado psíquico de la paciente y sus dificultades para historizar. Por otro lado, al indagar con la hija, único familiar referente en la internación, ésta manifiesta que perdió contacto con su madre por 15 años, retomándolo hace 2 meses, cuando comienzan a vivir juntas. Cabe destacar que con su familia de origen (hermanos) no ha habido contactos en los últimos años. Alrededor de los 20 años Ana contrae matrimonio, tiene 3 hijos con esa pareja, enviudando hace 20 años. Por lo que se pudo recabar, la familia de origen de Ana ha ocupado cargos políticos y profesionales jerárquicos. La paciente ha recibido diversas herencias, que según

manifiesta, habría donado a distintas instituciones religiosas. Sus hermanos ubican en este proceder el motivo de su precaria situación socioeconómica y habitacional actual.” (2011:3)

Ana ingresa al hospital por una medida judicial de protección por desbordes conductuales en los que habría agredido a su hija y vecinos. Luego de algunas pruebas se diagnostica demencia fronto-temporal o Enfermedad de Pick.

1- 1- De lo dicotómico a lo dialéctico. De lo absoluto a lo relativo.

- **Tomar a cargo – abandonar - culpar**

Uno de los objetivos que las profesionales se proponen al presentar el caso en una clínica es analizar lo que consideran una dinámica ‘dicotómica’ del funcionamiento institucional, dicotomía que se plantea entre tomar a cargo a los pacientes y abandonarlos y culpabilizarlos de las estrategias de intervención fracasadas.

“El hospital y los profesionales tomamos a cargo la vida de los pacientes, decidimos dónde y con quien tienen que vivir, qué deben hacer las familias...pero al mismo tiempo, cuando estas opciones se agotan, no resultan, no salen, abandonamos, culpamos al sujeto (sea éste el paciente o sus familiares).” (2011:1)

¿Qué es tomar a cargo? “Más allá de la buena voluntad de los agentes, tomar a cargo es facilitar la integración de los individuos y los grupos en el mundo tal como éste funciona.” (Karsz, S. 2007, 131) Karsz identifica la ‘toma a cargo’ como una figura tras la cual es posible hilvanar en un mismo y lógico argumento ciertos significados compartidos, ciertas conductas habituales de los agentes, ciertos modos de organización de los programas sociales. La ‘toma a cargo’ tiene al ser humano como columna vertebral, es tanto su objeto de asistencia y de preocupación como el silencioso horizonte desde el cual se interviene, la vara oculta desde la que ‘se miden’ los logros y los déficits de la población atendida.

En las intervenciones sociales Karsz denomina ‘toma a cargo’ al conjunto de convicciones, personajes e instituciones que caracterizan una posición humanista. A diferencia de la caridad, las intervenciones sociales humanistas no se apoyan en un designio divino, ni en una moral personal, sino en una deliberada construcción política, el estado providencia. Este estado determina líneas de medición que permiten atender a unos sujetos y no a otros, atenderlos de una manera y no de otra. Mientras las concepciones religiosas se combaten, los derechos pasan a ocupar un lugar privilegiado, sin embargo, puede ser que el ‘misterio’, propio de la providencia divina, permanezca cuando las leyes humanas que sustentan el estado providencia se vuelven misteriosas, cuando se ocultan, idealizan, niegan,

las relaciones de poder, las alianzas ideológicas, las fuerzas políticas y económicas, de las que la providencia resulta y las que sostiene.

Sin embargo, en el enunciado de las profesionales, Karsz señala algo más que la sola referencia al modo en que el estado toma a cargo ciertas situaciones de ciertos ciudadanos, señala y recuerda la existencia de lo real, en sentido lacaniano. Ninguna política social puede tomar a cargo al otro de manera completa, ninguna categoría puede dar cuenta absolutamente de la realidad, siempre persiste un plus no simbolizable, un aspecto de la realidad que se cuele, se escurre, permenece o reaparece en síntomas, lapsus, conflictos. Cuando los profesionales ‘nos contamos’ que tomamos a cargo al otro, perdemos de vista que eso es imposible y nos toma por sorpresa lo inesperado, la novedad o experimentamos una gran frustración frente a lo que puede parecer un fracaso de la intervención. En palabras de Karsz:

“El hospital y los profesionales –expresa parafraseando a las trabajadoras sociales- tomamos a cargo la vida de los pacientes, decidimos dónde y con quién tienen que vivir, qué deben hacer las familias... esto –agrega Karsz- en la medida de lo que se puede. El hospital cuenta y aparentemente ustedes también, cuenta que toman a cargo la vida de los pacientes, en realidad toma a cargo algunos aspectos de lo que le pasa a la gente... eso puede ser parte de esa visión panóptica que se genera la institución, pero hay momentos que los pacientes van al baño, hay momentos que sueñan... mientras están en vida no hay nada que hacer. En ese sentido cabe más decirse ‘voy a hacer cosas, pero parciales’.” (2011: 17)

Las profesionales resaltan la dicotomía tomar a cargo- abandonar como parte de la dinámica corriente en el hospital. Ellas saben que el estado toma a cargo, de ciertos modos particulares, a ciertos ciudadanos, en este caso a quienes padecen una enfermedad psiquiátrica. Sin embargo, al intentar encontrar una institución adecuada para externalizar a Ana (los médicos sugieren un psico-geriátrico), encuentran que no existen en la provincia instituciones de ese tipo. Existen geriátricos, en los que no reciben a Ana porque no pueden brindarle cuidados psiquiátricos y existen hospitales psiquiátricos donde Ana no puede permanecer porque no son lugares de residencia permanente (o no deberían serlo). En este caso, ¿el estado ha abandonado a Ana en el sentido lato de la palabra? Mientras Ana permanece internada, ¿cabe pensar su situación en términos de abandono?, ¿o podría pensarse que se trata de un modo particular de tomarla a cargo? Proveer atención médica, medicación, albergue, un cierto trato según cierto diagnóstico, determinadas indicaciones de qué le conviene o no hacer... ¿es abandonar?

Aunque uno tienda a compartir la mirada de las profesionales intervinientes y, desde otras perspectivas, incluso sea necesario reconocer los déficit de las políticas sociales vigentes, en la clínica lo que se intenta es hacer estallar el relato construido del caso, ver otras

alternativas posibles. ¿Qué permite y qué no permite pensar la idea de abandono?, ¿qué acciones desencadena?, ¿posibilita nuevas acciones o paraliza? Desde una perspectiva materialista dialéctica como la de Karsz, cabe abrir preguntas... cabe, por ejemplo, aunque solo sea imaginar la posibilidad de que lo que las profesionales viven como un abandono sea para Ana la posibilidad de que el estado la pierda un poco de vista, la deje tranquila. ¿Abandonar dice algo de lo que sucede a Ana en el hospital o dice también de los fantasmas de quienes intervienen?

“Abandonar –en palabras de Karsz- puede tener que ver entre otras cosas con los límites de la omnipotencia... Abandonar es cuando un trabajador social chocó con los límites de tomar a cargo, es una representación interesante como un síntoma, una representación de que el hecho de tomar a cargo tiene límites.” (2011: 12)

Algo similar a lo anterior sucede con la idea de ‘culpabilizar a los pacientes o sus familiares’ denunciado por las profesionales... Reaparece en la escritura un modo absoluto de pensar la realidad... como si el hecho de que los profesionales culpen a los pacientes fuese suficiente para que los pacientes asuman esa culpa. Hay un espacio no reconocido entre lo que creemos hacer (tomar a cargo, abandonar, culpar) y lo que efectivamente hacemos. El riesgo de una mirada desde lo absoluto –desde el todo o nada- es que dificulta la visualización de contradicciones, de matices, de relaciones y puede generar parálisis en las intervenciones sociales.

• Autonomía de pacientes y de profesionales

“Otro objetivo –expresan las profesionales respecto a por qué presentar el caso de Ana en una clínica- se vincula con poder discernir tanto las posibilidades de autonomía de los sujetos (individuales y/o colectivos) considerados “incapaces” por su patología, y por la carga moral de “la locura”, como la autonomía de los agentes profesionales que trabajan en contexto de instituciones de encierro.” (2011: 1)

Durante la clínica las profesionales explican que los significantes ‘incapaz’ y ‘loco’ circulan en el hospital, tanto entre profesionales como entre no profesionales. Incluso, hasta la nueva ley de salud mental (Ley N° 26657, sancionada en noviembre de 2010), una de las tareas de los profesionales de TS era ayudar a las familias a gestionar los juicios por incapacidad que inhabilitaban al enfermo de por vida para administrar sus bienes y tomar decisiones sobre su persona. Actualmente, para casos extremos, ese juicio se realiza pero inhabilita por un lapso no mayor a tres años. Sin embargo, la preocupación por la dicotomía incapacidad- autonomía refiere no solo a aspectos legales sino a prácticas cotidianas del hospital. Un ejemplo señalado por las profesionales es:

“muchas de las pacientes de la sala de mujeres que son madres, entran al hospital y ahí no más tenemos que ver qué se hace con los niños, como si la misma familia no lo pudiera

resolver u otras personas además de la madre no pudieran resolver esa situación particular. Digamos hay muchas situaciones en que se decide sobre el otro, más allá de los trámites de la pensión, pero se decide sobre el otro, como si el otro por la patología... pero a veces puede haber algún familiar, o hay patologías que permiten que tome decisiones digamos, como si el otro fuera incapaz de tomar esas decisiones. O de resolver sus problemas que los resuelve fuera del hospital todo el tiempo digamos.” (2011: 21)

En el análisis de los enunciados destacados cabe señalar distintos aspectos. Por un lado, la posibilidad de autonomía de los profesionales no es un interrogante privativo de quienes se desempeñan en una institución que, en ciertos servicios, continúa funcionando como institución de encierro. Ciertamente, en este tipo de instituciones en donde hay una clara hegemonía médica, protocolos de actuación, tiempos establecidos para las intervenciones, periodos de las internaciones, órdenes o sugerencias judiciales, etc., la autonomía profesional –en particular de las profesiones subalternas a la profesión médica, pero también de esta última- parece amenazada. Sin embargo, en ninguna institución pública o privada hay garantías de absoluta autonomía, la lógica institucional siempre supone cierto límite a la autonomía profesional e, incluso en el consultorio privado, la autonomía es relativa (a las corrientes teóricas en boga, a las condiciones de pago de las obras sociales, a la posibilidad de pago de los pacientes, etc.). Sostener la ilusión ideológica de ‘la’ autonomía provoca un malestar en las profesionales por experimentar su amenaza constante. Esto puede además constituirse en un obstáculo para identificar de la manera más objetiva posible los límites de tal autonomía y también las posibilidades de su defensa, construcción y ejercicio, posibilidades muchas veces desestimadas en lo que se convierte en un juego oculto de ‘todo o nada’. En palabras de Karsz, “la autonomía es algo así como la capacidad de gestionar solo sus múltiples dependencias”. (2011: 19)

Por otro lado, la autonomía no se opone a la incapacidad. Tanto en el sentido señalado por las profesionales (un paciente con cierto padecimiento mental no pierde necesariamente la autonomía en todas las áreas de su vida) como en el reconocimiento del padecimiento como una realidad frente a la cual la autonomía tampoco resuelve todo. También en el caso de las profesionales se advierte esta convivencia contradictoria de autonomía e incapacidad, ellas pueden tener cierta autonomía, pero ser incapaces frente a determinada patología. Nuevamente, lo que Karsz pone en juego es un análisis materialista dialéctico, donde prevalece el análisis de la realidad concreta (qué hacen estas profesionales, en este hospital, en este caso) y el señalamiento constante de una realidad que puede, al mismo tiempo, dar lugar a lo contrario.

1. 2. Del caso médico a la situación social

Al presentar los agentes que intervinieron en el caso de Ana, las profesionales expresan: “...*el desarrollo de las tareas relacionadas con la residencia está marcado por la lógica y habitus de la medicina*”. (2011: 23) Pensar las instituciones de salud como marcadas por “la lógica y habitus de la medicina” permite señalar también, como lo venimos haciendo, la lógica de la ideología y la lógica del inconsciente que sostiene –y no podría ser de otro modo- la presentación que analizamos. Señalar el habitus de la medicina como una marca de las instituciones de salud no es una novedad, muy probablemente muchos de los que hemos transitado en instituciones de salud (sea como pacientes, sea como trabajadores de la salud o como investigadores en ciencias sociales) hemos percibido esa marca. Lo extendido de tal habitus y lo extendido de su denuncia nos permite comprender más o menos de qué están hablando las trabajadoras sociales en este caso singular (comprensión biologicista del proceso salud- enfermedad-atención, tendencia a la medicación, alta valoración de la atención de muchos casos como garantía de aprendizaje, etc.). Sin embargo, el mismo uso extendido y por momentos simplificado que permite entenderse en algo, compartir algunos significados, favorece el ocultamiento de otros malentendidos, ciertos aspectos de la realidad pasan desapercibidos.

Si, por ejemplo, en lugar de pensar en una ‘marca de la lógica médica’ pensamos en términos de ‘hegemonía de una configuración ideológica particular’ podemos aprehender algunos hechos que colaborarán en la construcción de un nuevo relato (siempre provisorio, rectificable), por parte de las profesionales de TS intervinientes. Nuevo relato que pueda, aunque sea en parte, traducirse en nuevas prácticas y nuevos cuestionamientos.

Referirse a hegemonía de una configuración ideológica particular, requiere dar cuenta de, al menos, dos nociones. Por un lado, *hegemonía* la pensamos en términos de supremacía, una configuración ideológica hegemónica es una configuración ideológica que domina a otras, que se reproduce de modo extendido en prácticas discursivas y no discursivas dando una apariencia de unidad. Por otro lado, nos referimos a *configuraciones ideológicas* en el sentido de la posibilidad de identificar y construir analíticamente ciertas figuras formadas por fragmentos de ideología, relacionados entre sí. Tales fragmentos no son otra cosa más que signos y prácticas (maneras de decir y de hacer, dispositivos institucionales, agentes, destinatarios, etc.). Pensar en términos de configuración ideológica permite pensar en algo cambiante, en debate, en alianza y en oposición constantes. Lo que aparece como conservador en un ámbito puede ser disruptivo en otro; ciertos signos que en un ámbito

aparecen asociados entre sí, en otro ámbito pueden aparecer relacionados con signos y prácticas distintos.

Enunciar la idea de ‘marca de la lógica médica’ en lugar de ‘modelo médico hegemónico’ lleva a ver la medicina ‘como una máquina infernal’, sin compartimentos internos cuando, en realidad, en medicina como en cualquier disciplina hay corrientes, maneras de pensar, posibles aliados y no solo evidentes adversarios.

La configuración ideológica médico hegemónica es tal no solo por la actuación de ciertos profesionales médicos, sino también por diversas prácticas que no parecen tan directamente relacionadas. Muchos profesionales de psicología, por ejemplo, buscan salir del hospital, de las guardias, de los casos crónicos, salir de la práctica rutinizada y desarrollar su trabajo en las ‘casas de medio camino’, lo que provoca un mayor encierro (en el sentido físico e intelectual) de quienes, como los profesionales residentes, se ven obligados a trabajar ‘intramuros’. Con esta práctica se refuerza el predominio médico en el interior del hospital y las configuraciones ideológicas que aparecen como alternativas buscan desenvolverse en otros espacios institucionales. La configuración ideológica médico hegemónica puede también –señala Karsz- involucrar a algunos pacientes. No se trata solamente de que el hospital recibe a la persona con ciertas categorías científicas (demencia fronto-temporal) y al mismo tiempo ideológica (si es demente es incapaz de ocuparse de sus hijos, de mantenerse por sí misma, de formar una familia estable, etc.), sino que los pacientes mismos portan ciertas ideologías. El paciente mismo puede decir: ‘como yo estoy loco, ocúpense ustedes de mis hijos’. Esto para

“no pensar, no imaginarse un paciente romántico que se posee absolutamente a sí mismo, la ideología médica no esta dentro de los médicos solamente. También está en parte de la institución, por eso la institución funciona como la prisión”. (2011: 22)

La institución funciona como prisión en el sentido de que, en esta última, la persona que se imagina culpable ayuda mucho a mantener la calma de la institución, pues cumple las reglas, no se rebela, en tanto siente que se trata de un castigo merecido. Lo mismo puede suceder con la hegemonía médica, muchos pacientes sienten que reciben el trato que se merecen y el trato científico tal como este es.

¿Cómo juega esta configuración ideológica hegemónica en las mismas profesionales que la denuncian? ¿El uso reiterado del término ‘paciente’ indicaría una reproducción de la hegemonía médica? Más bien, lo que Karsz señala es que no usar el término paciente no es en sí mismo garantía de nada, no es posible ignorar que Ana es paciente del hospital, Ana será

medicada, encerrada si se pone ‘querulante’, se decidirá cuánto tiempo permanecerá dentro y dónde y con quién vivirá afuera. Esto por un lado, pero por otro lado, también cabe tener en cuenta que cierto uso reiterado de la expresión ‘paciente’ puede mostrar una excesiva identificación de las profesionales con la ideología hegemónica. Aparece como excesivo cuando, por ejemplo, las profesionales señalan: “La hija propone construir una habitación anexa a su vivienda en un terreno fiscal, donde previamente vivía la paciente” (2011: 53). Excesivo porque se está perdiendo de vista que la paciente no vivía allí antes de ir al hospital, allí vivía Ana, la paciente sólo vive en el hospital. Este cambio en la enunciación no es menor porque soportará prácticas diferentes. Por eso Karsz, expresará

“El problema es cómo los profesionales toman la denominación paciente... ¿como una designación de la persona o como la clasificación institucional de una persona?, esto vale para el asistente social pero vale también para el médico”. (2011: 14)

Tomar la categoría paciente como una designación de la persona supone que ella da cuenta completamente de Ana, todo lo que Ana es queda contenido en la categoría paciente. En cambio, pensar que se trata de una clasificación institucional supone advertir que sólo se puede ser paciente si se ingresa de un modo particular a una institución de salud (es decir, para que haya paciente debe haber una institución que lo reciba como tal, el ingreso será diferente al del médico o al del trabajador social). La materialidad de la ideología supone que no solamente se recibe a la persona con determinados indicadores que confirmarán el diagnóstico, se la esperará de determinada manera, en determinado espacio físico, sometida a particulares ritos administrativo. El paciente es, en cierto modo, esperado con categorías que lo construyen como tal. En este caso, Ana es ‘la paciente’.

Lo anterior sin olvidar que no es posible salir de la ideología, que si no es con la categoría paciente, habrá que esperarlo con otra y que esa otra, también será ideológica, permitirá ver unas cosas y no otras. ‘Ana’ a secas, para no nombrarla como paciente, también oculta. Si bien permite reconocer que Ana es mujer, madre, hija, evangelista, ciudadana, que Ana a veces se pone violenta, pero no siempre, que a veces se enoja, pero no con todos por igual, la denominación ‘Ana’ a secas oculta que es paciente. Ana tiene ciertas categorías particulares que, a los ojos de la institución psiquiátrica y judicial justifican su internación, su encierro.

Ana es derivada al hospital por ‘desbordes conductuales y agresividad hacia su hija mayor y sus vecinos’. Luego de los estudios realizados se diagnostica, en feliz coincidencia con el punto de partida, la Enfermedad de Pick que tiene como característica “desorganización conductual y agresividad” (2011: 39) Se encuentra al final del proceso lo

que se colocó al principio. Karsz señalará la construcción ideológica que supone este diagnóstico, sin negar que Ana tiene ciertas conductas particulares, la ‘agresividad’

“se acredita en función por un parte de los comportamientos de la gente, y por otra parte del medio en el que funcionan, del lugar en que funcionan, de quién hace el diagnóstico, quién lo trató, etc.” (2011: 39)

También uno podría interrogarse acerca de la ‘agresividad’ de ciertos tratamientos realizados al interior del hospital psiquiátrico, aunque no suele ser habitual considerarlos a través de esa categoría.

¿Qué se hace en TS con un diagnóstico psiquiátrico? Conocerlo – dice una de las trabajadoras sociales- para conocer cómo la enfermedad impacta en la vida cotidiana del paciente y su familia y para poder trabajar su parte sana. Respecto a esto Karsz señala que no existe la posibilidad de diseccionar al paciente en parte enferma y parte sana, sino que referirse a ‘lo sano’ suele ser un modo elegante de referirse a lo considerado normal. En realidad,

“qué quiero decir, que su... que el diagnóstico hay que interpretarlo, que el diagnóstico dice ciertos aspectos de la persona pero no la define, vuelvo siempre a lo mismo. Dice características importantes, importantísimas pero no define, no define a la persona, no la agota. Que esta mujer, invento porque no conozco el caso como ustedes, que esta mujer tenía todos esos delirios puede tener que ver con herencias que recibió, herencias no financieras, de las otras...” (2011: 43)

Ana, para insistir en la idea de que el diagnóstico no agota a la persona, Ana tiene ciertas conductas que aparecen como agresivas, pero no siempre, no todos los días, no en todos lados. ‘Ana, también paciente’ sintetizaría lo expresado.

De acuerdo al análisis presentado, Karsz señala que el texto elaborado por las profesionales es un texto mimetizado con la psiquiatría, un texto que contiene poco de TS, un texto en el que, por ejemplo, elementos importantes como la vinculación de Ana con la religión y de ciertas ramas evangélicas con los sectores populares no ha sido investigada, incorporada a la comprensión de la paciente. ¿Podrían, por ejemplo, con estos elementos, desdibujarse un poco los límites entre demencia y patrón psíquico?

Digamos que tras la clínica breve y resumidamente presentada en esta ponencia, el caso dejó de ser ‘la paciente’ para convertirse en una situación social que involucra a Ana, una mujer con padecimiento mental, pero que también considera una institución particular con ciertas configuraciones ideológicas hegemónicas, un grupo de trabajadoras sociales que

se encuentran en el proceso de construir su mirada disciplinar, entre otros elementos que no formaban parte del ‘caso médico’ inicial.

2- “Ideología e inconsciente hacen nudo”

Tras haber intentado mostrar en qué consiste la clínica transdisciplinaria de la intervención social, presentamos ahora algunos aspectos de la propuesta de Karsz, autor que recupera la práctica clínica del supuesto que la restringe a las prácticas psicoanalíticas, psicológicas o psiquiátricas. Este pensador caracteriza la instancia clínica en base, entre otros, a dos principios: el privilegio del *uno por uno* y la preocupación por lo *concreto*. Respecto del primer principio, señalemos que la clínica se ocupa siempre de lo singular, abordando las características particulares de cada situación. En tal sentido constituye un límite al sociologismo, aunque inmediatamente, sin embargo, el autor advierte sobre el riesgo contrario:

“evitemos no obstante caer en el exceso opuesto. Sostener la emergencia del sujeto, proteger el espacio de lo singular, no excluye la existencia de series, de séquitos, de conjuntos: ¡de lo contrario, cada nueva situación sería tan radicalmente inédita como literalmente incomprensible!” (Karsz, 2007:159).

Tal como hemos expresado cualquier objetivo del TS (resiliencia, revitalización psíquica, reparación del lazo social, etc.) supone una construcción ideológica, no puede ser practicado sin concepciones sobre la sociedad existente y la deseada, sin modelos de relaciones humanas, sin referencias a lo correcto e incorrecto, sin modelos de paternidad y maternidad. La presencia de lo ideológico es una condición de existencia normal en la disciplina porque la ideología es un fenómeno estructural al ser humano. Este fenómeno adquiere según Karsz, una importancia radical en la intervención social, constituyendo el principal registro de esa práctica. El aporte principal de TS al ámbito de las políticas sociales es señalar las ideologías presentes en ellas, las ideologías funcionando en la atención médica, en la organización escolar, en la dinámica familiar.

La tarea de la clínica se desarrolla en una tensión central para TS, la tensión entre la tendencia al empirismo y la tendencia al dogmatismo teoricista. La primera olvida que la realidad funciona por sí misma, pero no habla por sí misma, la realidad debe ser interrogada, los problemas de la gente están lejos de ser *evidentes*, más bien se imponen a la mirada del profesional según lo que su consciencia y, sobre todo, su inconsciente le permiten (Karsz,

2007:28). El teoricismo, a su vez, olvida que la realidad no se agota en ninguna representación, la realidad siempre las rebasa, se escurre, se oculta.

Karsz insiste en superar las posiciones teoricitas tanto como las empiristas y atender a las apuestas sociopolíticas de la profesión, es lo que busca al analizar las ideologías actuadas en la intervención. En el caso argentino, la pregunta por lo sociopolítico se encuentra instalada, es un discurso que tiene una trayectoria de casi 50 años en la disciplina y que, aunque se vio reducido durante la última dictadura cívico-militar, recuperó fuerza en la resistencia al neoliberalismo.

A nuestro entender, lo que hace de la propuesta de Karsz una novedad no es tal llamado, tal insistencia, sino sus avances para mostrar las apuestas sociopolíticas efectivamente puestas en acto. Esto lo hace a partir de la sistematización y rigurosa descripción de los supuestos filosóficos, los dispositivos de ayuda y los agentes que intervienen en tres figuras, tres configuraciones ideológicas, que se entremezclan en el TS contemporáneo francés y consideramos que también argentino: la *caridad*, la *toma a cargo* y la *toma en cuenta*. Excede la extensión del presente trabajo el poder mostrar la riqueza del análisis que el autor realiza de cada una³. Por el momento nos interesa explicar que la construcción teórica de esas tres figuras es el resultado de las clínicas realizadas por el autor, lo que le ha permitido mostrar modos repetidos, regularidades, en la intervención profesional.

El TS está enmarcado en exigencias económicas y políticas que lo trascienden, es determinado, pero también determinante; condicionado, pero con márgenes de maniobra en las intervenciones particulares, goza de *autonomía relativa*. Por todo lo anterior

“no importa saber si el TS sirve o podría servir para algo, sino para qué exactamente, sirve ya, de hecho, concretamente, más acá y más allá de las representaciones de sus usuarios y de sus actores. No lo que el TS debiera ser; sino lo que es ya, en la materialidad de sus prácticas y en la realidad de sus quehaceres. ¿Qué es lo que produce, qué es lo que en ningún caso deja de producir, cómo hace para producirlo? No estamos en el registro de los ideales, sino de los funcionamientos.” (Karsz, 2007:43).

Considero que la crítica de la ideología, en el sentido de crítica de la lógica y sentido que organiza la realidad vivida, tiene alta potencialidad para producir una *teoría de la práctica*. Teoría de la práctica que no es *saber específico*, en el sentido de visitar la idea de TS como una disciplina más de las ciencias sociales, con un objeto teórico propio. Se trata

³ Cfr. Karsz, Saül (2007 [2004]) *Problematizar el TS. Definición, figuras, clínica*. España: Gedisa. El tema es específicamente tratado en el capítulo 2 del libro mencionado.

más bien de tomar los mejores aportes de las ciencias sociales, realizando una apuesta por el saber y sin esquivar el duro trabajo del concepto.

La crítica de la ideología permite reconocer que la utilidad del TS es su contribución a la reproducción social, consolidando ciertas tendencias ideológicas o favoreciendo su mutación. La reflexión permanente puesta en juego y cotejada en el trabajo cotidiano puede llevar a observar

“...de qué modo cada trabajador social individual, cada colectivo, cada servicio se las arregla con las contradicciones de una tarea tan imposible como indispensable, de qué modo cada cual ejerce la parcela de poder con que cuenta. En esta dialéctica, el nudo que forman la lógica de la ideología y la lógica del inconsciente permite intervenir de una manera relativamente advertida.” (Karsz, 2007:89).

La relación de TS con las ideologías dominantes se asocia a la habilitación del título por parte del Estado, lo que supone el ejercicio de la profesión en su nombre. En gran medida, aunque no absolutamente, más allá del modo en que el profesional signifique la realidad, más allá de la posición ideológica que el profesional considere que porta, el trabajador social dispone *por delegación de una parcela de poder estatal*, por lo cual, él es siempre agente de un aparato estatal y desarrolla acciones que, en mayor o menor medida actúan, ponen en acto a las ideologías dominantes (se enseña un modo particular de vínculo madre-hijo, se propician ciertos modos aceptables de protesta social y se desalientan otros, etc.). Lo anterior, sin embargo,

“...no justifica resignarse a los abusos de poder...la única respuesta... debe ser de orden ideológico y político, sin reducir el diferendo a un asunto personal o meramente profesional... Se trata de hacer valer las concepciones educativas puestas en juego, la pertinencia terapéutica de tal o cual medida, las tendencias democráticas o totalitarias en el funcionamiento institucional...” (Karsz, 2007:69).

En este hacer valer las concepciones puestas en juego aparece nuevamente el imbricado juego entre ciencia e ideología. Para Karsz, el profesional puede contar con conocimiento científico como para sostener su intervención, sabiendo que ello no lo coloca en un lugar no ideológico, sino que solamente le permite apoyarse en un conocimiento objetivo, corroborado, sobre el cual hay cierto consenso, aunque pueda necesitar rectificaciones. No hay garantía absoluta y para siempre, hay formas de operar, de hacer ciencia, pero son rectificables. La práctica científica puede considerarse la garantía, siempre y cuando se revisen los métodos, las formas de prueba y la pertinencia de los conceptos.

El conocimiento científico ayuda a identificar ciertos parámetros de *normalidad*, que Karsz sostiene como existentes, a condición de no olvidar que existen en un determinado contexto histórico:

“Pero la relatividad que subrayamos aquí no desemboca en el relativismo: porque existen, en efecto, cosas normales, cosas poco normales, cosas para nada normales. Salvo que unas y otras nacen, viven y periclitán en la historia, no tienen vigencia extrahumana, ni obedecen a ninguna trascendencia celestial o terrenal.” (Karsz, 2007:56).

Ahora bien, expresa Karsz:

“Debemos alejarnos de la pregunta metafísica de qué es ciencia y qué no lo es. Preguntemos por los efectos de conocimiento que mi trabajo produce (...) La lucha de clases no es sólo un enunciado ideológicamente cargado (cosa que es), sino también un enunciado de conocimiento objetivo que tiene que ver con lo real (...). Los conocimientos son objetivos pero funcionan en dispositivos-instituciones que no son neutros. Circulan en discursos que son ideológicos...” (Karsz, 2009:21).

Según Karsz la ideología, como el inconsciente, es exterior al individuo, está sólo en sus efectos, en las prácticas, en el lenguaje que produce. Tales efectos comparten el ser *materiales, ficciones verdaderas*, abordables desde una *teoría de la interpretación* y eficaces, en tanto producen sujetos, sus percepciones, sus pensamientos y sus prácticas. Hay en este sentido dado a la noción de ideología una clara impronta althusseriana. Según explicamos, existe cierto consenso en reconocer como un aporte perdurable de Althusser a la teoría de la ideología, la tesis según la cual “la ideología tiene una existencia material” (Althusser, 1988 [1970],45). La noción de material, refiere a la noción de objetivo, de exterior a la conciencia individual. La ideología no se reduce a creencias o ideas que orientan el comportamiento de los sujetos individuales, las ideologías se encuentran en las prácticas, regulándolas.

Las ideologías hablan de lo real al igual que las ciencias, son también un modo de dar sentido a lo real, pero lo hacen con un movimiento de reconocimiento. Dicen de lo real aquello que las confirma en sí mismas, son una forma de pensamiento circular que, al mismo tiempo, no dice nada diferente, ni siquiera permite percibirlo. La ideología explica todo, sin agujeros, sin contradicciones, sin *está bien, pero...* El problema es que siempre hay algo de lo real que no se deja atrapar (el hereje, la duda, el dolor, la necesidad, etc.), algo no cierra del todo, algo molesta.

Lo anterior no significa que la ideología sea solamente un obstáculo al conocimiento, puede incluso ser un facilitador. La militancia política del practicante puede, para Karsz,

facilitar la comprensión de los textos marxistas, del mismo modo que la experiencia de hacer psicoanálisis puede facilitar la lectura de ese pensamiento.

Así, Karsz sostiene la siguiente noción de ideología:

“Ideologías: conjunto de normas, valores, modelizaciones, ideales, realizados en ritos y rituales, en gestos y actitudes, en pensamientos y afectos, en configuraciones institucionales, en prácticas materiales. Son discursos tanto como prácticas, maneras de hablar y maneras de callar. Las ideologías son actos, las ideologías están actuadas... Ideológico quiere decir imperiosamente no neutro...” (Karsz, 2007: 50).

Esto significa que, abrevando en un pensamiento althusseriano-lacaniano, Karsz sostiene una noción amplia de ideología. La ideología es un fenómeno ineludible de la existencia humana, no reductible a las expresiones prácticas y simbólicas de los agentes de ciertas posiciones de la estructura social, siendo imposible, desde otros lugares de la misma estructura, evitar incurrir en posturas ideológicas. Sin embargo, esta noción amplia de ideología es, tanto en Žižek como en Karsz, acompañada por el sostenimiento de un sentido negativo y crítico tal como aparece en el debate contemporáneo. No se trata de la idea clásica de distorsión, sostenible en el marco de la clásica noción de representación, sino de un efecto de cierre, de clausura, de pretendida naturalización.

1Pensar la ideología como una *ficción verdadera* muestra la influencia de Lacan en la teoría de la ideología de Althusser, fuente central de la propuesta de Karsz. Según De Ípola, para Lacan “a toda relación imaginaria le es inherente un componente de "ficción" irreductible (...) En ese sentido, el concepto lacaniano de "imaginario" presupone efectivamente la idea de conocimiento ilusorio, de desconocimiento, que posee esa palabra en su acepción corriente.” (1983:8).

La noción de ideología así entendida permite una concepción no subjetivista, no psicologista, del concepto de inconsciente, asumiendo las orientaciones ideológicas que se ponen en juego en la práctica psicoanalítica misma, mostrándola también en su no neutralidad, en su carácter reproductivo, en su ser expresión de la lucha de clases. Pero en sentido inverso y alejándose de posiciones sociologistas, Karsz señala que las ideologías son conscientes e inconscientes y que no es posible entender ningún comportamiento humano sin apelar a los aportes del psicoanálisis, específicamente de Lacan. Es que ideología e inconsciente hacen nudo, funcionan siempre juntos, no hay nada que articular entre ellos, pues están siempre ya articulados.

El *inconsciente*, para Lacan, no es una realidad que existe más allá de la conciencia, no tiene un referente en la experiencia; se trata de una construcción, de un concepto, que

permite elaborar estrategias de análisis. Este concepto es elaborado por Lacan sobre la huella de aquello que opera para constituir al sujeto, esto es lo simbólico, fundamentalmente el lenguaje (red total que envuelve al hombre antes de su nacimiento), pero también todo aquello que esté constituido como un juego de oposiciones y goce de cierta autonomía.

Si el inconsciente es un concepto asociado a lo simbólico, no tiene una existencia oculta, no está en lo profundo del yo, es, por el contrario, exterior al sujeto y, como el lenguaje, es transindividual. Por ello, expresa Lacan, “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (1981:167) y “El inconsciente es el discurso del Otro” (1966:16). Del Otro como lo externo al sujeto, lo que está articulado en palabras, lo que lo constituye al sujeto, pero que no debe buscarse *en* el sujeto, sino *fuera* de él. Las pulsiones que comúnmente se consideran están *escondidas* en el inconsciente son, para Lacan, el modo en que el cuerpo es sensible al lenguaje, a los significantes, al decir. Pensar el inconsciente en términos de lenguaje no supone por ello la posibilidad de transparencia, ya que lo que constituye al sujeto y al inconsciente es la porción de lenguaje sin-sentido, algo de la historia que constituyó al sujeto, pero que éste no reconoce.

El psicoanálisis lacaniano es, entonces, central en la propuesta de Karsz, no porque promueva que el trabajador social se convierta en analista (riesgo sobre el cual llama la atención constantemente), sino porque entiende que el psicoanálisis permite comprender aspectos estructurales del ser humano, sin los cuales la complejidad de la existencia humana se esconde en los intersticios del sociologismo. El psicoanálisis lacaniano aporta conceptos centrales para aproximarnos a la constitución de la subjetividad, para comprender la influencia decisiva de la ideología en ella y para visualizar los límites de la intervención social. Karsz, por ejemplo, se refiere a una situación de adicción a drogas con las siguientes palabras:

“Hay que entender que la drogadicción es un estado de falta y de angustia. Pero de goce garantizado también. Con 195 euros está garantizado el goce asegurado. No estoy diciendo que está bien, simplemente trato de retrasar el momento de decir que está mal. Es un comportamiento que tiene ver con síntomas. El que no entendió que las llamadas desviaciones son también modalidades de integración social no llegó todavía al TS (...) sin saberlo, hace caridad. Es decir, no quieren acompañar a la gente, quieren salvarla. Si se quiere acompañar sujetos, hay que aceptar (no para adherir, por supuesto) la idea de que ningún ser humano vive en sufrimiento ininterrumpido.” (2009:4).

Karsz toma, entre otros, estos elementos del psicoanálisis lacaniano, pero insiste en que el TS muestra que la acepción psicoanalítica del concepto de sujeto no alcanza para explicar qué dice el sujeto. El psicoanálisis ayuda a entender que un sujeto no es un

individuo, no es indivisible. A un sujeto no se le puede preguntar *¿Usted quiere salir de su situación sí o no?*, porque quiere un poco y otro poco no, porque quiere y no puede, porque a veces quiere y a veces no, porque no es de una sola pieza, porque es contradictorio. El psicoanálisis recuerda al TS que el sujeto es enigmático por definición, se lo puede conocer un poco, pero realmente no más. Es enigmático incluso para sí mismo, no porque deliberadamente oculte información al profesional, aunque también haga eso. A la vez el sujeto sabe, un poco, lo que le pasa.

Sin embargo, tal aporte del psicoanálisis no es suficiente para pensar el concepto de sujeto. Es lo que Karsz encuentra en la teoría de la ideología de Althusser, quien ayuda a entender que el sujeto no es solo sujeto sujetado al inconsciente, sino también y al mismo tiempo sujeto sujetado a la ideología.

“Sujeto de la ideología dice muchas cosas, pero por lo menos dos con urgencia: una, que no hay sujeto fuera de la ideología, viceversa no hay ideología sin sujeto. Los sujetos nacen en una ideología; empíricamente, en una maternidad, y que nos dice que somos el hijo o la hija de. Y a partir de ahí te la apañas: “Tu eres mi hijo”. Sujeto de la ideología quiere decir que no es solamente sujeto del inconsciente sino que ese sujeto es portador de ideales valores, principios, etc., en su corazoncito.” (Karsz, 2009:11).

La Clínica transdisciplinaria se aferra también a la comprensión, tan marxista como lacaniana, de la existencia de *‘lo real’*. Lo real supone la distinción hegeliana entre realidad efectiva (lo real) y realidad aparente (la realidad). La ideología nos hace ver como realidad efectiva apenas una parte, una realidad aparente. Es decir, enfatiza, reconoce, la imposibilidad de lograr un conocimiento total, completo de la realidad. Lo real es ese plus no simbolizable, no pensable, que reaparece como fenómeno social inesperado o en los síntomas, los lapsus, los sueños y que nos recuerda que no podemos entender todo, abarcar todo, que siempre hay un resto.

“...lo real es el resto de la clínica, el excedente, el enigma constantemente descifrado y que constantemente resurge en otra parte, con otras formas, con otros contenidos. Lo real es lo que hace que el deseo sea indefinidamente posible.” (Karsz, 2007:170).

Es habitual que en las intervenciones sociales, la ansiedad que genera lo real, la incertidumbre de lo no conocido, sea rellenado con alguna ideología, alguna forma de nombrar la realidad que otorgue sensación de comprender, de saber *ahora sí y por fin* qué es lo que está sucediendo y cómo orientar exitosamente la intervención.

La noción althusseriana de ideología que Karsz comparte en gran medida no ubica al autor en una posición estructuralista que niegue al sujeto. Se trata más bien de una mirada que intenta postergar el momento de pensar en el sujeto, una mirada que sugiere que el trabajador social debe detenerse, enfatizar, insistir en analizar la estructura social y las ideologías que configuran su intervención. Sin embargo, el mismo Karsz sostiene:

“Yo tengo misiones, yo tengo mandato, yo tengo diploma de Estado, yo estoy para que la señora no grite tan fuerte, para que las familias se acomoden con lo que tienen; y al mismo tiempo, ética quiere decir que yo decido, a mi manera, con mis tiempos, con mis límites, con mis miedos, con mis osadías. Yo decido qué hacer y qué no hacer. Ética quiere decir: yo me comprometo con algo, contra viento y marea (...) La ética es el compromiso de una persona, de un sujeto que decide esto o aquello.” (Karsz, 2009:7).

Karsz se refiere a un sujeto que decide, pero que lo hace desde sus propios límites, miedos y osadías. Aclara al mismo tiempo que, si bien la ideología es soportada por un aparato ideológico de Estado, tal Estado no es monolítico, es un campo de lucha, un campo en el que hay dominantes y dominados, en el que no todos los adversarios tienen la misma fuerza, en el que cada trabajador social y cada colectivo profesional analizará qué puede, cómo y cuándo hacer.

A modo de síntesis

Hemos analizado cómo la propuesta de Karsz, adquiere en la trama discursiva del TS argentino contemporáneo una importancia que no se centra en el interés explícito del autor de atender a las apuestas sociopolíticas de la profesión, sino en sus aportes para analizar cómo tales apuestas se ponen efectivamente en acto en la intervención profesional. Intervención que es, para Karsz, siempre una intervención ideológica, en el sentido de no neutral.

Karsz busca evitar el riesgo de posiciones idealistas resguardando siempre un límite a la construcción de realidad por parte de la ideología. Aunque así entendida, la comprensión de Karsz de la ideología no sería susceptible de la crítica realizada a cierto postestructuralismo y postmodernismo, en el sentido de haber sobredimensionado la noción de discurso, sin embargo, persiste el interrogante acerca de los efectos que puedan tener una lectura y una aplicación ingenuas de esta propuesta.

La parcial distinción que Karsz se empeña en sostener entre el conocimiento científico y la ideología es un eje central de su propuesta para TS, porque permite pensar en la clínica transdisciplinaria como un dispositivo válido, entre otros, para generar una teoría de la

práctica profesional. Tarea esta que puede ayudar a disminuir cierto persistente malestar en el colectivo profesional y a lograr intervenciones más advertidas de sus efectos.

Bibliografía

Aquín, Nora (2006) “Trabajo social en America Latina: balance, desafíos y perspectivas”, en *Katálisis* [online]. Vol.9, n.2 [cited 2010-04-27], pp. 137-138. Disponible en: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewFile/1684/>;

Althusser, Louis (1974 [1965]) *La revolución teórica de Marx*. Buenos Aires: Siglo XXI.

_____ (1975) *Elementos de autocrítica*. México: Premia.

_____ (1988 [1974]) *Ideología y aparatos ideológicos de Estado*. Buenos Aires : Nueva Visión.

De Ípola, Emilio (1983) *Ideología y discurso populista*. Buenos Aires: Folios. Bajado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/rubinich/biblioteca/web/adeipola.html>

Eagleton, Terry (2005 [1995]) *Ideología. Una introducción*. Barcelona: Paidós.

Karsz, Saül (2007 [2004]) *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. España: Gedisa.

Karsz, Saül (2008) “Marxismo, Psicoanálisis y Trabajo social. Comentario a la ponencia central de José Paulo Netto”, en *Trabajo social*, N° 74, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, pp.57-61.

Karsz, Saül (2009) “Pensar la intervención social. Ideología e inconsciente hacen nudo. Perspectivas teóricas e implicancias prácticas”. Curso de posgrado dictado en la FCPyS, UNCuyo. Mimeo.

Karsz, Saül (2010) “¿Qué pasa con lo humano en una sociedad fundada sobre el ideal del ‘riesgo cero’?”, en *Millcayac. Anuario 2009*. Mendoza, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, U.N.Cuyo.

Larraín, Jorge (2007) *El concepto de ideología. Volumen I: Marx*. Santiago de Chile: LOM.

_____ (2008) *El concepto de ideología. Volumen II: El marxismo posterior a Marx: Gramsci y Althusser*. Santiago de Chile: LOM.

_____ (2009) *El concepto de ideología. Volumen III: Irracionalismo, historicismo y positivismo: Nietzsche, Mannheim y Durkheim*. Santiago de Chile: LOM.

_____ (2010) *El concepto de ideología. Volumen IV: Postestructuralismo, Postmodernismo, Postmarxismo*. Santiago de Chile: LOM.

Zîzêk, Slavoj (2005 [1994]) “Introducción. El espectro de la ideología”, en Slavoj Zîzêk (comp.), *Ideología un mapa de la cuestión*. Buenos Aires: FCE.